

Notre système de santé est-il en péril ? Réorienter la réforme de la gestion hospitalière (4/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. Une [note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le dernier sujet de préoccupation important à propos du système de santé concerne le financement de l'hôpital. Celui-ci a été fortement perturbé par la mise en place de la T2A depuis 2005. Cette dernière a réintroduit un lien financier direct entre l'activité des hôpitaux et leurs ressources financières. Cette réforme a renforcé l'importance et le pouvoir des « gestionnaires », ce qui a pu donner le sentiment que les hôpitaux étaient dorénavant assimilés à des entreprises soumises à un impératif de rentabilité.

La réalité est plus complexe car la T2A vise moins la « rentabilisation » des hôpitaux que la rationalisation de la répartition des dépenses entre eux en établissant un lien entre leurs recettes et leur activité mesurée par le nombre de patients pris en charge pondéré par le coût moyen des traitements de chacun d'entre eux. Le risque de ce mode de financement est paradoxalement d'inciter à la dépense en contribuant à privilégier la multiplication des traitements et des actes. De fait le rapport du HCAAM pour 2011 (op.cit.) note que la croissance de 2,8 % des dépenses hospitalières tarifées à l'activité en 2010 se décompose en une hausse de 1,7 % imputable à l'augmentation du nombre de séjours et une

hausse de 1,1 % imputable à un « effet structure » lié au déplacement de l'activité vers des prises en charge mieux rémunérées[1].

Cette évolution est inquiétante et pourrait conduire à une remontée des dépenses hospitalières sans autre justification que la nécessité budgétaire. La convergence des tarifs appliqués aux cliniques privées et aux hôpitaux publics et non lucratifs n'est pas une garantie contre cette dérive car les cliniques privées ne sont pas soumises à des incitations différentes. On touche là aux limites de la gestion par la concurrence, fut-elle fictive, dont les imperfections sont trop nombreuses pour qu'elle soit le seul moyen de régulation et de gestion.

Les hôpitaux publics reçoivent aussi des crédits forfaitaires destinés à assurer les missions d'intérêt général et de formation qui leur sont confiées. Cette enveloppe de crédit représente environ 14 % de leur budget exécuté en 2010[2]. Elle permet de financer les activités d'enseignement et de recherche des hôpitaux, la participation aux actions de santé publique, ou la prise en charge de populations spécifiques comme les patients en situation de précarité. Contrairement aux remboursements liés à l'application de la tarification, les montants des budgets correspondants sont limitatifs et faciles à modifier.

En conséquence la régulation budgétaire s'appuie souvent sur la mise en réserve d'une partie de ces crédits et la révision des montants attribués en fonction de l'évolution de l'ensemble de la dépense hospitalière. Ainsi en 2010 le dépassement en cours d'année de l'objectif de dépenses assigné aux hôpitaux, évalué à 567 millions d'euros, s'est traduit par une réduction de 343 millions d'euros du budget affecté aux missions d'intérêt général, soit un ajustement de l'ordre de - 4,2 % par rapport au budget initial (HCAAM, 2011).

La régulation de la dépense hospitalière a donc tendance à

porter sur la part du budget la plus faible qui est aussi la plus facile à maîtriser par les autorités centrales. Il est certes possible de réviser les tarifs de remboursement de la T2A, mais l'impact budgétaire est nécessairement retardé et les objectifs visés plus difficiles à atteindre. Le système de gestion budgétaire des hôpitaux est donc imparfait et il fait courir le double risque d'un dérapage mal contrôlé des dépenses régies par la T2A et d'un assèchement des enveloppes budgétaires qui servent au financement des dépenses qui ne peuvent pas donner lieu à facturation. Il n'y a pas de solution simple à cette difficulté : revenir au système antérieur de budget global pour le financement de la totalité de la dépense ne serait évidemment pas satisfaisant alors que la T2A a permis d'améliorer le lien entre l'activité des hôpitaux et leur financement ; faire peser tous les ajustements budgétaires sur les seules enveloppes de missions générales et d'investissement, surtout dans une période de rigueur, n'est pas plus acceptable. La tendance générale est de limiter le plus possible le champ de l'enveloppe de financement forfaitaire (Jégou, 2011) et d'étendre au maximum celui de la tarification à l'activité.

Mais la tarification n'est pas toujours parfaitement adaptée à la prise en charge de pathologies complexes et chroniques. On peut donc se demander si, à l'inverse, la mise en place d'un tarif de remboursement mixte comprenant une part fixe et proportionnelle ne serait pas plus efficace tout en facilitant la régulation d'ensemble du système du fait d'une enveloppe forfaitaire plus large. La partie fixe pourrait par exemple être déterminée sur la base de la population couverte (comme c'était le cas dans la modalité ancienne de budget global). Cette évolution aurait aussi l'avantage de faire reculer l'obsession gestionnaire qui semble avoir fortement contribué à dégrader le climat social au sein des hôpitaux.

[1] Les malades pris en charge par l'hôpital sont classés dans

un Groupe Homogène de Malade (GHM) sur la base du diagnostic. Pour chaque séjour d'un malade donné l'hôpital est rémunéré sur la base d'un tarif établi en Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui renvoie au GHM auquel appartient le malade et au traitement qu'il reçoit. En théorie ce système permet d'associer un tarif « objectif », en fonction du malade pris en charge. En pratique, le classement en GHM et GHS est très complexe, notamment du fait des pathologies multiples, et le classement est « manipulable ». Il en résulte que l'on ne peut pas savoir précisément si le glissement vers des GHS plus coûteux correspond à une aggravation des cas, à une manipulation du codage ou à une sélection des patients les plus « rentables ».

[2] Ces crédits dit MIGAC (pour Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation) atteignaient 7,8 milliards d'euros en 2010 sur un total de dépenses hospitalières du champ MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie) de 52,7 milliards, Cf. HCAAM, 2011.

Notre système de santé est-il en péril ? Réformer le remboursement des soins (3/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise

économique générale : le troisième, ici présenté, le problème du remboursement des soins, des soins de longue durée et de la hausse des dépassements d'honoraires.

Actuellement le remboursement des soins par la Sécurité sociale varie en fonction de la gravité de la maladie : les soins de longue durée, qui correspondent à des affections de gravité élevée, sont pris en charge à 100 % alors que les remboursements des soins courants ont tendance à diminuer du fait de l'existence et de la hausse de forfaits divers non remboursés. S'ajoute à cette évolution structurelle la hausse des dépassements d'honoraires non remboursés qui réduisent la part des dépenses financée par la Sécurité sociale. Il en résulte que la prise en charge des soins courants par l'assurance maladie est limitée à 56,2 % alors que le taux de remboursement des malades atteints d'affections de longue durée (ALD) est de 84,8 % pour les soins de ville[11]. Cette situation a de multiples conséquences fâcheuses : elle peut entraîner un renoncement à certains soins courants avec des conséquences négatives sur la prévention des affections plus graves ; elle renchérit le coût des assurances complémentaires qui paradoxalement sont taxées pour alimenter l'assurance obligatoire au motif de la forte prise en charge publique des ALD. Enfin elle donne à la définition du champ des ALD un rôle central alors qu'il n'est pas très facile à délimiter puisqu'il faut mêler la mesure du « degré » de gravité et celle du coût des traitements pour définir la liste des affections ouvrant droit à un remboursement complet. La question des affections multiples et de leur prise en charge simultanée par l'assurance maladie au titre des soins courants ou des ALD constitue d'autre part un casse-tête bureaucratique générateur d'incertitude et de dépenses de gestion et de contrôle peu utiles.

C'est pourquoi certains proposent de remplacer le système des ALD par la mise en place d'un bouclier sanitaire qui permettrait la prise en charge à 100 % de l'ensemble des

dépenses dépassant un certain seuil annuel. Au-delà d'un certain seuil de dépenses non remboursées (correspondant par exemple au niveau actuel du « reste à charge » moyen après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, soit environ 500 euros par an en 2008 [\[21\]](#)) la prise en charge par la Sécurité sociale deviendrait intégrale. Un tel système assurerait mécaniquement la prise en charge des dépenses les plus importantes associées aux maladies graves sans nécessiter le détour actuel par les ALD.

On peut aussi imaginer moduler le seuil de dépenses non remboursées en fonction du revenu (Briet et Fragonard, 2007) ou le taux de remboursement ou les deux. Cette possibilité est généralement évoquée pour limiter la hausse des dépenses remboursées. Elle pose la question habituelle du soutien des plus favorisés aux assurances sociales alors qu'ils auraient intérêt à se rallier à la mutualisation du risque santé dans le cadre d'assurances privées à cotisations proportionnelles aux risques plutôt qu'aux revenus.

La mise en place d'un système de bouclier sanitaire pose aussi la question du rôle des assurances complémentaires. Historiquement ces assurances « complétaient » la couverture publique par la prise en charge de dépenses écartées totalement ou quasi intégralement du panier de soins remboursés par l'assurance de base (appareils dentaires, montures de lunettes, optique sophistiquée, chambres « seul » à l'hôpital, etc.). Elles interviennent aujourd'hui de plus en plus comme des assurances « supplémentaires » qui viennent compléter l'assurance publique pour le remboursement de l'ensemble des dépenses de santé (prise en charge du ticket modérateur, remboursement partiel des dépassements d'honoraires). Le passage à un système de bouclier sanitaire limiterait leur champ d'action au remboursement des dépenses en deçà du seuil. On imagine souvent que les assurances complémentaires, si elles sortaient de leur rôle actuel de co-payeur aveugle des dépenses de soins, pourraient jouer un rôle

actif de promotion de la prévention en proposant par exemple une modulation des cotisations en fonction des comportements des assurés[3]. Mais quel serait leur intérêt si le bouclier venait limiter leur engagement au-delà du seuil non pris en charge par l'assurance publique ? Même dans le cas du maintien d'un « reste à charge » non négligeable au-delà du seuil du fait des dépassements d'honoraires par exemple, elles resteraient certainement relativement passives et la situation serait peu modifiée par rapport à celle d'aujourd'hui qui les écarte de l'essentiel de la prise en charge des maladies graves et coûteuses.

Dès lors un système dans lequel l'assurance publique assure seule la prise en charge d'un panier de soins clairement délimité est sans doute préférable : il faudrait pour cela que le bouclier sanitaire soit croissant avec le revenu, les ménages les plus pauvres étant pris en charge à 100 % au premier euro. Si les ménages aisés décidaient de s'auto-assurer pour les dépenses en deçà du seuil (ce qui est vraisemblable si celui-ci est inférieur à 1000 € par an), les complémentaires pourraient se retirer pratiquement intégralement du champ des remboursements des dépenses de soins courants. Par contre, elles pourraient se consacrer à la prise en charge des dépenses hors champ de l'assurance maladie publique, soit en pratique les dépenses de prothèses dentaire et d'optique correctrice. Dans ces domaines elles pourraient intervenir plus activement qu'aujourd'hui pour structurer l'offre de soins et d'appareillage. Leur rôle de payeur principal dans ces secteurs justifierait qu'on leur délègue la responsabilité de traiter avec les professions concernées. Cette solution impliquerait toutefois qu'un système de prise en charge publique vienne aider les plus pauvres à accéder aux soins non pris en charge par l'assurance publique (sous une forme proche de l'actuelle CMU qui devrait toutefois être étendue et rendue plus progressive). Il n'existe donc pas de solution simple à la question de l'articulation entre assurance publique et assurance privée complémentaire.

Il faut aussi évoquer la fusion des deux systèmes, en pratique l'absorption du privé par le public, qui aurait l'avantage de simplifier l'ensemble du dispositif mais laisserait partiellement irrésolue la question de la définition du panier de soins pris en charge. Il est fort probable qu'à la marge du système des assurances complémentaires se réinstallent pour prendre en charge les dépenses annexes non couvertes par le système public du fait de leur caractère jugé non indispensable et de confort. Le remboursement des dépenses de santé doit donc certainement rester mixte, mais il est urgent de reconsidérer la frontière entre privé et public sinon la tendance à privilégier la baisse de la prise en charge publique se renforcera au détriment de la rationalisation du système et de l'équité dans la prise en charge des dépenses de santé.

[1] En 2008. Il s'agit d'un taux de prise en charge hors optique. Avec l'optique le taux de prise en charge par l'assurance maladie tombe à 51.3 % (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, décembre 2011).

[2] HCAAM, 2011 (op.cit.)

[3] La prise en compte des comportements des assurés n'est pas aisée. Au-delà du recours aux examens préventifs qui peut être relativement facilement mesuré, les autres comportements de prévention sont difficilement vérifiables. Il existe d'autre part un risque, inhérent à l'assurance privée, d'écrémage de la population par les assureurs : pour attirer les « bonnes » clientèles on assure la prise en charge de dépenses caractéristiques des populations à plus faible risque (par exemple le recours aux médecines « douces »), et on rejette celles qui présentent le plus de risque sur la base de

questionnaires médicaux détaillés.

Fallait-il renforcer le Pacte de stabilité et de croissance ?

par [Jérôme Creel](#), Paul Hubert et [Francesco Saraceno](#)

La crise budgétaire européenne et l'exigence de réduire les niveaux de dette publique qui a suivie ont accéléré l'adoption d'[une série de réformes des règles budgétaires européennes](#) à la fin de l'année 2011. Deux règles ont été introduites afin de renforcer le pacte de stabilité et de croissance (PSC). Etant donné que de nombreux Etats membres de la zone euro ont des déficits structurels et des dettes publiques supérieurs aux seuils considérés, il nous a semblé intéressant d'évaluer les conséquences macroéconomiques du respect de ces règles budgétaires par 4 pays, dont la France.

La limite actuelle de déficit public à 3% du PIB a été complétée par une limite sur le déficit structurel équivalant à 0,5% du PIB, et par une règle de réduction de la dette imposant aux pays fortement endettés de réduire chaque année leur taux d'endettement public d' $1/20^e$ de la différence vis-à-vis du niveau de référence de 60% du PIB. De plus, la limite de déficit structurel va au-delà de la règle des 3% car elle est associée à l'obligation d'incorporer une règle de budget équilibré et des mécanismes automatiques de retour à

l'équilibre budgétaire dans la Constitution de chaque Etat membre de la zone euro. Par un malheureux abus de langage, elle est désormais souvent qualifiée de « règle d'or » [1]. Afin de distinguer la « règle d'or des finances publiques » appliquée par les régions françaises, les *Länder* allemands et, de 1997 à 2009, par le Royaume-Uni, nous qualifierons par la suite cette « règle de budget équilibré » de « nouvelle règle d'or ».

Du fait de la crise financière internationale qui sévit depuis 2007, les Etats de la zone euro sont souvent loin de satisfaire aux exigences des nouvelles règles en vigueur. Cela pose donc la question des conséquences que le respect de ces règles imposerait à ces Etats. Pour ce faire, nous avons choisi d'étudier les trajectoires de convergence aux différentes règles de quatre pays, représentatifs de la zone euro, à l'aide d'un [modèle théorique standard](#).

Nous avons choisi un grand pays avec un niveau moyen d'endettement public (France), un petit pays avec une dette un peu plus élevée (Belgique), un grand pays avec une dette élevée (Italie) et un petit pays avec une dette comparativement assez faible (Pays-Bas). La taille des pays, grande ou petite, est associée à la taille de leur multiplicateur budgétaire, l'effet des dépenses publiques sur la croissance : les grands pays moins ouverts que les petits pays au commerce international ont un effet multiplicateur plus important que les petits pays. Les quatre pays diffèrent également en fonction de la taille et du signe de leur solde primaire structurel en 2010 : la France et les Pays-Bas ont un déficit, alors que la Belgique et l'Italie dégagent un excédent.

Dans le modèle, l'évolution du déficit public est contracyclique et l'impact d'une hausse du déficit public sur le PIB est positif, mais un endettement excessif augmente la prime de risque sur les taux d'intérêt de long terme payés pour financer cette dette, ce qui nuit *in fine* à l'efficacité

de la politique budgétaire.

Les règles que nous simulons sont : (a) l'équilibre (à 0,5% du PIB) du budget ou «nouvelle règle d'or» ; (b) la règle de 5% par an de réduction de la dette ; (c) le plafond de 3% de déficit total (statu quo). Nous évaluons également : (d) l'effet de l'adoption d'une règle d'investissement dans la veine de la règle d'or des finances publiques qui, de façon générale, impose l'équilibre budgétaire au cours du cycle pour les dépenses courantes, tout en permettant de financer l'investissement public par la dette.

Nous simulons sur 20 ans, *i.e.* l'horizon de réalisation de la règle du 1/20^e, l'effet des règles sur la croissance, le taux d'inflation et le déficit public structurel, ainsi que sur le niveau de la dette publique. Premièrement, nous analysons le chemin suivi par les quatre économies après l'adoption de chaque règle budgétaire à partir de 2010. Nous demandons, en d'autres termes, comment les règles fonctionnent dans un scénario de consolidation budgétaire que l'Europe connaît d'ores et déjà aujourd'hui. Deuxièmement, nous simulons la dynamique de l'économie après un choc de demande et un choc d'offre, partant de la situation de base du Traité de Maastricht, avec l'économie à un taux de croissance nominal de 5% (une croissance potentielle à 3% et un taux d'inflation de 2%), et un niveau d'endettement de 60%. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que la croissance potentielle réelle dans les pays de la zone euro a été constamment inférieure à 3% depuis 1992, ce qui a contribué à rendre encore plus contraignante qu'initialement prévu la règle coercitive pesant sur les finances publiques.

Les résultats de nos simulations sont multiples. Premièrement, l'adoption des règles produit dans tous les cas une récession à court terme, même dans les petits pays avec un multiplicateur budgétaire faible et une faible dette publique initiale comme aux Pays-Bas. Cela complète le diagnostic selon

lequel la rigueur généralisée en Europe nuit inmanquablement à la croissance (cf. [La très grande récession](#), 2011) en montrant qu'il n'existe pas de règle budgétaire qui, appliquée scrupuleusement à court terme, permet d'échapper à une récession. Cette constatation révèle une incitation, de la part des gouvernants, à dissocier les usages *de jure* et *de facto* des règles budgétaires : les annonces ont tout intérêt à ne pas être suivies d'effets, si l'objectif final de la politique économique est la préservation et la stabilité de la croissance économique.

Deuxièmement, les récessions peuvent engendrer la déflation. En vertu de la contrainte à zéro pesant sur les taux d'intérêt nominaux, une déflation est très difficile à inverser avec une contrainte budgétaire.

Troisièmement, la règle d'investissement aboutit à de meilleures performances macroéconomiques que les trois autres règles : les récessions sont plus courtes, moins prononcées et aussi moins inflationnistes sur l'horizon considéré. *In fine*, les niveaux de dette publique diminuent certes moins qu'avec la règle du 1/20^e mais, sous l'effet de la croissance engendrée, la dette publique française perd 10 points de PIB par rapport à son niveau de 2010, tandis que les dettes belges et italiennes diminuent respectivement de 30 et 50 points de PIB. Seul le pays initialement le moins endetté, les Pays-Bas, voit sa dette stagner.

Quatrièmement, en faisant abstraction de la règle d'investissement qui ne figure pas dans les projets européens, il apparaît que le statu quo est plus favorable que la « nouvelle règle d'or » ou que la règle de réduction de la dette en termes de croissance ; il s'avère cependant plus inflationniste pour les grands pays. En termes de croissance, cela semble signifier que le renforcement du Pacte de stabilité et de croissance, appliqué brutalement, serait préjudiciable aux 4 économies considérées.

Cinquièmement, lorsque l'économie à l'équilibre est frappée par des chocs de demande et d'offre, le statu quo semble approprié. Ceci confirme l'idée que le PSC actuel donne des marges de manœuvre budgétaire. Les simulations montrent néanmoins que le statu quo reste coûteux en comparaison avec la règle de l'investissement.

Pour conclure, il est difficile de ne pas remarquer un paradoxe : des règles visant à empêcher les gouvernements d'intervenir dans l'économie sont discutées précisément après la crise financière mondiale qui a requis des gouvernements qu'ils interviennent afin de contribuer à amortir les chocs découlant de défaillances de marché. Ce travail vise ainsi à réorienter le débat de l'objectif de stabilisation budgétaire à celui de stabilisation macroéconomique. Les autorités européennes – les gouvernements, la BCE, ou la Commission – semblent considérer la dette et le déficit publics comme des objectifs politiques en soi, plutôt que comme des instruments pour atteindre les objectifs finaux de croissance et d'inflation. Ce renversement des objectifs et des instruments équivaut à nier *a priori* tout rôle à la politique macroéconomique. De nombreux travaux [2], dont celui que nous avons mené, adoptent plutôt la position opposée : la politique économique joue certainement un rôle dans la stabilisation des économies.

[1] Cet abus de langage a notamment été dénoncé par [Catherine Mathieu et Henri Sterdyniak](#) en 2011, ou par [Bernard Schwengler](#) en 2012.

[2] Voir par exemple, en anglais, l'étude transversale parue en 2012 dans [American Economic Journal, Macroeconomics](#), et la bibliographie qu'elle contient, ou, en français, l'étude parue en 2011 de [Creel, Heyer et Plane](#), sur les effets

multiplicateurs de politiques temporaires de relance budgétaire.

Remplacer la PPE par un allègement de cotisations sociales salariales sur les bas salaires

[Guillaume Allègre](#)

Nicolas Sarkozy a annoncé vouloir remplacer la Prime pour l'emploi (PPE) par un allègement de cotisations sociales salariales sur les salaires compris entre 1 et 1,3 Smic. L'allègement de cotisations pèserait 4 milliards d'euros et bénéficierait à 7 millions de travailleurs modestes. Le gain annoncé (un peu moins de 1 000 euros par an) serait nécessairement dégressif. La suppression de la PPE (2,8 milliards d'euros selon le [Projet de loi de finances 2012](#), p. 76) serait complétée par une hausse des prélèvements sur les revenus financiers.

Cette proposition ressemble fort à la proposition initiale du gouvernement Jospin en 2000 prévoyant un abattement sur la Cotisation sociale généralisée (CSG) des revenus du travail en dessous de 1,4 Smic. Cette réforme, adoptée par le Parlement, avait été censurée par le Conseil constitutionnel car la baisse de la CSG accordée aux revenus modestes ne dépendait

que des salaires individuels et non pas de la situation familiale. La CSG étant assimilé à un impôt, le Conseil avait jugé que sa progressivité devait tenir compte de la faculté contributive du contribuable et donc de ses charges familiales. Afin de répondre à cette censure, le gouvernement Jospin a créé un nouvel instrument, la Prime pour l'emploi, ayant les mêmes propriétés que l'abattement de CSG, mais dont le calcul dépend, en très faible partie, de la situation familiale (plafond de ressources élevé au niveau du foyer, et majoration résiduelle pour enfant). Mais contrairement à un abattement de CSG, l'effet de la PPE n'apparaît pas sur la fiche de paie : la prime est calculée à partir des déclarations d'impôt sur le revenu et réduit l'impôt dû par les foyers ; les foyers ne payant pas d'impôt reçoivent un chèque du Trésor. Par conséquent, la Prime pour l'emploi est perçue avec un décalage d'un an. La Prime pour l'emploi, votée sous le gouvernement Jospin, a été augmentée sous les gouvernements Raffarin et Villepin. En 2008, son poids était de 4,5 milliards d'euros ([PLF 2010](#), p. 53). Un salarié à temps plein au Smic touchait alors 1 040 euros par an. Elle a ensuite été gelée par le gouvernement Fillon et son poids est passé de 4,4 à 2,8 milliards d'euros entre 2008 et 2012, soit une baisse d'1,7 milliards d'euros sous l'effet à la fois du gel et de la déductibilité du RSA-activité des primes versées de PPE. En 2012, un salarié à temps plein au Smic ne touche plus que 825 euros annuels. De plus, l'absence de coup de pouce au Smic a fortement réduit le nombre de foyers éligibles au taux plein (ainsi que le nombre de salariés éligibles au taux plein des allègements de cotisations patronales). Cet effet s'ajoute à l'effet de la hausse du chômage qui réduit le nombre de salariés éligibles. Un dispositif de 4 milliards, dont le gain maximal serait d'un peu moins de 1 000 euros, pèserait un peu moins que la PPE en 2008. Si l'on rajoute le coût du RSA-activité (1,6 milliards en 2012) et que l'on tient compte du coût des dispositifs antérieurs d'intéressement au RMI et à l'API (600 millions), on conclut que ces divers dispositifs de soutien aux salariés modestes pèseraient 5,6

milliards en 2012 contre 5,1 milliards en 2008, soit une augmentation à peine supérieure à l'inflation : les nouvelles politiques proposées depuis 2008 sont essentiellement financées par redéploiement d'instruments bénéficiant aux mêmes publics.

Le remplacement de la Prime pour l'emploi par un allègement de cotisations serait une avancée en termes administratifs puisque les pouvoirs publics cesseraient de prélever une cotisation pour reverser un crédit d'impôt plus faible aux mêmes personnes 6 à 12 mois plus tard. Le bénéfice de l'allègement de cotisations serait immédiat et fortement lié à l'emploi. Le fait que les salariés modestes sont des contributeurs et non des bénéficiaires de l'aide sociale serait clarifié. Les propositions de fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu (dont la PPE est un élément) poursuivent exactement le même objectif. Cette réforme pose tout de même plusieurs questions. Comment réagirait le Conseil constitutionnel s'il était saisi ? Les salariés travaillant à temps partiel bénéficient aujourd'hui d'une majoration de Prime pour l'emploi ; serait-elle reconduite ?

Les précautions d'usage pour la lecture des résultats de simulations macroéconomiques : le cas de la TVA sociale

par [Eric Heyer](#)

En septembre 2007, l'OFCE avait réalisé des simulations sur les conséquences macroéconomiques de la mise en place d'une

TVA sociale à l'aide de son modèle macroéconomique *emod.fr*. Ces dernières avaient été commentées et publiées en annexe du rapport Besson sur le sujet. Près de 5 ans plus tard, le gouvernement a décidé d'instaurer une TVA sociale et nous avons avec Mathieu Plane et Xavier Timbeau procédé à une nouvelle salve de simulations à l'aide de ce même modèle dont les premiers résultats ont été présentés et commentés lors d'une journée d'étude sur le thème de la fiscalité qui s'est déroulée à Sciences Po Paris le 15 février dernier. Pourquoi avoir procédé à de nouvelles simulations et peut-on les comparer ?

1. Les mesures simulées sont différentes

Il existe de nombreuses différences entre la mesure simulée en 2007 et celle de 2012 :

a. Le choc n'est pas de même ampleur

En 2007, la mesure simulée était celle d'une hausse de 3,4 points du taux de TVA apparent, compensée par une baisse de cotisations employeurs de la même somme *ex ante*. La mesure proposée par le gouvernement en 2012 correspond à une hausse de 1,6 point de la TVA normal, ce qui correspond à une hausse de 1,1 point du taux apparent (10,6 milliards) et une augmentation de la CSG sur les revenus du capital de 8,2 % à 10,2 % pour un montant de 2,6 milliards d'euros. Ce supplément de recettes de 13,2 milliards permettra de financer la suppression des cotisations sociales patronales « famille ». Comparer les résultats nécessite au minimum de calibrer les chocs afin qu'ils soient de même ampleur. Notre modèle étant linéaire, une simple règle de trois permet alors de réévaluer l'impact de la mesure de 2007 et de la comparer à celle de 2012. Comme l'indique de tableau qui résume les résultats de ce recalibrage, les impacts sur l'emploi sont très proches entre les deux versions.

	Version 2007 (rapport Besson)	Version 2012
Effet emploi	51 000	48 000

b. Le choc n'est pas de même nature

Contrairement aux simulations de 2007, outre le fait qu'il y ait une dose de CSG dans son financement, la réduction des allègements de charges proposée par le gouvernement en 2012 est non uniforme. Elle est particulièrement ciblée sur les entreprises ayant des employés rémunérés entre 1,5 et 2,1 SMIC, ce qui a des impacts sectoriels différents selon la structure des salaires ainsi que des effets sur le coût relatif du travail peu qualifié / qualifié. Ainsi, en se concentrant sur des travailleurs qualifiés dont l'élasticité au coût du travail est plus faible, cela diminue l'effet escompté sur l'emploi d'une baisse du coût du travail. Cet effet serait également réduit par une éventuelle substitution d'emplois non qualifiés par des qualifiés plus productifs : si un tel effet est largement documenté dans la littérature économique, notre modèle macro économétrique ne permet pas en l'état de le prendre en compte. Un enrichissement de notre outil est en cours et permettra à terme d'affiner nos résultats.

2. Le modèle utilisé (*emod.fr*) évolue au gré des ré-estimations

Enfin il est nécessaire de rappeler que les modèles macroéconomiques intègrent un certain nombre de paramètres estimés, auxquels les résultats sont sensibles. C'est le cas, dans la simulation qui nous intéresse, des élasticités des exportations et des importations à leurs prix ainsi que de l'élasticité de substitution capital-travail. Or la valeur estimée de ces paramètres est mise à jour régulièrement de manière à coller au plus près de la réalité telle qu'elle ressort de la comptabilité nationale. C'est ainsi par exemple que l'élasticité des exportations à leurs prix a

considérablement évolué au cours des dernières années passant de -0,57 à -0,31 entre la version du modèle utilisée en 2007 et celle de 2012, rendant toute baisse des prix relatifs moins créatrice d'activité donc d'emplois.

Dans le prochain numéro de la *Revue de l'OFCE* nous présenterons en détails l'ensemble des résultats de nos simulations. Nous indiquerons également l'incidence du changement de valeur des principales élasticités sur nos évaluations afin de permettre aux lecteurs d'appréhender au mieux nos révisions d'impacts.

Notre système de santé est-il en péril ? Gérer la pénurie de médecins (2/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le second, ici présenté, concerne l'accès aux soins qui pourrait devenir plus compliqué du fait de la réduction temporaire du nombre de médecins.

La baisse à venir du nombre de médecins, même si elle reste limitée et provisoire, fait courir le risque d'apparition de déserts médicaux. Des incitations existent pour diriger les professionnels de santé vers les zones à faible densité médicale. Mais elles sont très insuffisantes et la question d'une intervention plus directe se pose [\[1\]](#). Il paraît difficile d'éviter une remise en cause de la liberté complète d'installation des médecins qui pourrait se traduire par une obligation de première installation en zone prioritaire pour les nouveaux médecins. Mais c'est faire peser sur les plus jeunes médecins une contrainte forte qui implique des contreparties. Faudra-t-il alors accepter que leur rémunération augmente plus ? Dans quelle proportion ? Faudrait-il autoriser un nouveau développement des dépassements d'honoraires ? La nécessité d'une négociation globale avec la profession apparaît clairement : la faiblesse passée du *numerus clausus* va entraîner pour un temps un certain rationnement de l'offre de médecins ; ceci renforce le pouvoir de marché de la profession alors qu'une remise en cause des compromis anciens s'impose. Idéalement il serait souhaitable de négocier une hausse des revenus des médecins en formation contre une baisse des dépassements d'honoraires et une contrainte sur la localisation (éventuellement indemnisée par des primes spécifiques). Mais ceci n'est plus applicable aux générations qui viennent d'achever leurs études. Dès lors la seule voie est certainement celle d'une forte revalorisation des tarifs des actes (ou des forfaits si, comme cela serait souhaitable, les revenus des médecins étaient de moins en moins calculés en fonction des actes et de plus en plus en fonction de la taille de leur patientèle [\[2\]](#)) en contrepartie de l'acceptation d'une contrainte de localisation (indemnisée) et d'une réduction des dépassements d'honoraires. Cette évolution constituerait une charge supplémentaire pour l'assurance maladie, qui pourrait être gagée au moins partiellement par le développement des bonnes pratiques. D'autre part la hausse de la rémunération individuelle des médecins sera, pendant quelques années, partiellement

compensée par la réduction de leur nombre.

Les contraintes de file d'attente devraient aussi favoriser un meilleur partage de l'activité entre les médecins et un certain nombre de techniciens de santé qui peuvent les assister et les suppléer dans certains cas (comme cela commence à se faire en matière d'optique correctrice). Tous ces changements – fin de la liberté absolue d'installation, réglementation plus stricte des dépassements d'honoraires, partage de l'activité médicale avec des professions paramédicales, développement du travail de groupe –, sont donc envisageables mais ils impliquent une importante remise en cause des compromis anciens entre l'Etat et les médecins. La difficulté principale est ici de nature socio-politique. Pour la surmonter il faut aussi accepter des compensations financières pour les médecins, ce qui sera difficile dans un contexte de rationnement général.

[\[1\]](#) La Loi HPST (Hôpital-Patients-Santé-Territoires) de juillet 2009 a instauré un « contrat d'engagement de service public » qui propose aux étudiants en médecine, à partir de la deuxième année, et aux internes un complément de revenu de 1 200 € par mois contre l'engagement de s'installer en zone prioritaire pour une durée au moins égale à celle de la perception de l'aide et au minimum de 2 ans. 400 contrats ont été proposés en 2010-2011 (200 pour les étudiants et 200 pour les internes) mais seuls 148 ont été signés (103 étudiants et 45 internes) ce qui est évidemment très faible et très insuffisant au regard des problèmes à venir d'implantation des médecins en zones difficiles.

[\[2\]](#) Depuis 2010 l'assurance maladie a mis en place un « Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles » (CAPI) qui accorde une rémunération forfaitaire pouvant atteindre 7 000 € par an aux médecins qui acceptent de respecter certaines règles de pratique de soins et de prévention. Ce

dispositif introduit une forme de rémunération à la performance distincte de la rémunération des actes qui s'ajoute à celle, très partielle, liée à la gestion des malades en affection de longue durée (ALD) par les médecins « traitants »(40 € par an et par patient).

La relance budgétaire à l'honneur

par [Jérôme Creel](#)

« La taille de nombreux multiplicateurs est grande, particulièrement pour les dépenses publiques et les transferts ciblés. » Mais qui, encore de nos jours, ose écrire une chose pareille ?

La réponse est : 17 économistes issus de la Banque centrale européenne, de la Réserve fédérale américaine, de la Banque du Canada, de la Commission européenne, du Fonds monétaire international, et de l'Organisation pour la coopération et le développement économique, dans un article publié en janvier 2012 dans [American Economic Journal: Macroeconomics](#).

Ils poursuivent, dans leur résumé, en écrivant : « La politique budgétaire est d'autant plus efficace qu'elle est temporaire et que la politique monétaire est accommodante. Les hausses permanentes de dépenses et de déficits publics réduisent significativement les effets multiplicateurs initiaux. »

Quelles sont les valeurs de ces effets multiplicateurs et qu'en est-il de la réduction significative desdits effets si la politique budgétaire est en permanence expansionniste ?

Selon ces 17 économistes, et sur la base de 8 modèles macroéconométriques différents pour les Etats-Unis, et de 4 modèles macroéconométriques différents pour la zone euro, la conclusion est claire : une relance budgétaire effective pendant 2 ans, accompagnée d'une politique monétaire accommodante (le taux d'intérêt est maintenu bas par la banque centrale) produit des effets multiplicateurs largement supérieurs à l'unité aux Etats-Unis comme dans la zone euro (entre 1,12 et 1,59) si le plan de relance porte sur la consommation publique, l'investissement public ou les transferts ciblés. Pour les autres instruments à la disposition des gouvernements, comme la TVA, les effets sont moindres, de l'ordre de 0,6, mais bel et bien positifs.

Qu'en est-il si la relance persiste ? Les effets multiplicateurs d'une hausse permanente dans les consommations publiques s'amenuisent, certes, mais ils restent toujours positifs dans la zone euro, quel que soit le modèle utilisé et quelle que soit l'hypothèse faite sur la politique monétaire poursuivie. De rares cas d'effets multiplicateurs négatifs sont reportés pour les Etats-Unis, mais ils dépendent du modèle utilisé ou de l'hypothèse portant sur la politique monétaire.

Pour conclure, une remarque et une question soulevées par cet article paru récemment.

La remarque : le choix de la stratégie budgétaire optimale de la zone euro vaut bien quelques instants de réflexion, de lecture et d'analyse des travaux existants plutôt qu'une vision tronquée et déformée de la politique budgétaire jugée, sans procès équitable, nocive pour l'activité économique.

La question : la politique budgétaire expansionniste a des effets... expansionnistes sur le produit intérieur brut ; faut-il donc se priver d'un instrument somme toute efficace ?

Notre système de santé est-il en péril ? Le financement de l'assurance maladie et la crise (1/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le premier concerne le financement de l'assurance maladie qui est mis à mal par l'affaiblissement des recettes liée à la crise ; le second concerne l'accès aux soins qui pourrait devenir plus compliqué du fait de la réduction temporaire du nombre de médecins ; le troisième est lié à l'évolution mal maîtrisée du partage des remboursements par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans un contexte de croissance des dépenses non remboursées (notamment celles liées à la progression des dépassements d'honoraires) ; enfin le quatrième problème saillant concerne la gestion hospitalière qui a été fortement déstabilisée par l'introduction de la tarification à l'activité.

Le financement de l'assurance maladie : une nouvelle source à explorer

La crise a contribué à accentuer les difficultés de financement de l'assurance maladie, ce qui nourrit une inquiétude à propos de la pérennité du système de santé et de la prise en charge publique des dépenses de soins. Toutefois, l'analyse des grandes tendances des dépenses et du financement montre que dans l'hypothèse d'un retour à une situation macroéconomique « normale » les difficultés financières devraient être contenues et l'effort structurel à fournir pour équilibrer le régime relativement limité : le déficit de départ est relativement faible (environ 0,6 point de Pib de déficit total qui se partage à peu près en deux moitiés égales à 0,3 point de déficit structurel et 0,3 point de déficit conjoncturel), et les perspectives de croissance des dépenses à court-moyen terme restent modérées (avec une hausse du ratio dépenses / Pib de l'ordre de 0,1 point de Pib par an). Une augmentation de la CSG et des efforts réalistes de maîtrise des dépenses (de l'ordre de 1 à 2 milliards par an relativement à la tendance spontanée) devraient suffire à assurer la pérennité financière du système.

Si la situation macroéconomique était durablement très dégradée, le déficit de l'assurance maladie pourrait augmenter et la question des économies de dépenses se poser avec plus d'acuité. Deux options seraient ouvertes : soit accepter une nouvelle hausse du déficit, la solution de la question du financement ne pouvant résulter que d'un changement radical des politiques européennes ; soit renoncer à la reprise de la croissance et ajuster en conséquence les paramètres financiers de l'assurance maladie. Trois variables sont disponibles pour ajuster les comptes : la réduction tendancielle des dépenses, la hausse des prélèvements, la baisse des remboursements. Dans ce scénario noir de renoncement à la croissance, Il est vraisemblable que les pouvoirs publics cherchent à agir sur ces trois variables. La réduction tendancielle des dépenses est difficile à envisager alors que les besoins liés à la croissance démographique et au vieillissement continueront à croître et que la tendance spontanée est déjà modérée. La

hausse des prélèvements est envisageable, mais elle entrerait en concurrence avec les hausses de fiscalité destinées à financer les autres dépenses publiques. Quant à la baisse des taux de remboursement elle peut difficilement s'appliquer de manière uniforme alors que la prise en charge des dépenses courantes de médecine de ville est déjà très faible.

La seule voie qui n'a pas encore été empruntée est celle du remboursement sous conditions de ressources qui implique une forte hausse de la participation financière des ménages les plus aisés. Cette mesure permettrait sans doute de limiter les déficits mais fragiliserait le système qui pour les plus riches deviendrait de plus en plus coûteux, ce qui les pousserait à soutenir le passage à un système d'assurance privé excluant toute redistribution entre riches et pauvres.

Un Etat exemplaire ?

Par [Françoise Milewski](#)

Le projet de loi sur la précarité dans la fonction publique, promis depuis longtemps, a été débattu en procédure accélérée en janvier-février 2012, avant la fin de la législature. Il contient un chapitre sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, et c'est ce chapitre qui a fait l'actualité. Que dire du texte finalement adopté le 14 février 2012 ?

Dans sa première version, [votée par le Sénat](#) le 26 janvier, il ne faisait que trois lignes... De nombreux amendements ont été déposés ensuite, par la [Commission des lois](#), par des parlementaires et par le Ministre lui-même (voir [l'ensemble](#)

[des amendements](#)), et ont abouti à [compléter le texte](#), qui a été voté le 14 février. La question des « quotas » de femmes dans les emplois de direction a été au centre des débats.

Des « quotas » pour les emplois de direction, mais seulement sur les nominations

La place des femmes dans les emplois de direction des fonctions publiques est très faible et a peu progressé. Dans certains secteurs, elle a même régressé ([Françoise Milewski, 2011](#)). En 2009, dernier chiffre connu, alors que les femmes représentent 60,1 % des effectifs des fonctions publiques et 58,8 % des cadres A, elles ne sont que 27,6 % à détenir des emplois de direction. Dans la fonction publique de l'Etat, elles ne sont que 21,4%, et seulement 16,7 % des emplois dont la décision de nomination relève du gouvernement (voir tableau).

L'Assemblée nationale a décidé d'instaurer des objectifs chiffrés, ou « quotas », en référence à la [loi adoptée pour le secteur privé en janvier 2011](#) (dite loi Copé-Zimmermann). Celle-ci prévoit que la part des femmes dans ces conseils devra atteindre 20 % en 2014 et 40 % en 2017, sous peine de nullité des nominations. Un premier bilan tiré en décembre 2011[1] a montré l'efficacité de cette mesure.

C'est ce chiffre de 40 % qui a servi de base à l'amendement déposé à l'Assemblée nationale pour la fonction publique. Celui-ci prévoit que les femmes devront représenter 20 % des nominations en 2013, 30 % en 2015 et 40 % en 2018[2]. Ces « quotas » concerneront environ 4 500 postes des trois fonctions publiques.

Plusieurs questions se posent. La première est que cette loi n'a en commun avec celle du secteur privé que le chiffre de 40 %. Car ce pourcentage concerne le nombre de femmes présentes dans les conseils d'administration et de surveillance du secteur privé, alors qu'il ne concerne que les

nominations dans la fonction publique. La différence entre la part dans les promotions et la part dans les instances (c'est-à-dire entre les flux et les stocks) est de taille.

Il aurait été bienvenu que le gouvernement publie les résultats chiffrés associés à cette proposition, dans un souci d'évaluation des politiques publiques. Lui seul en effet dispose des statistiques permettant de les réaliser. A quelle proportion de femmes dans les emplois de direction conduisent ces proportions de nominations ?

On peut se risquer à calculer des ordres de grandeur, bien que la dernière statistique publique sur la part des femmes dans les emplois de direction date de 2009, et celle sur la part des femmes dans les nominations de 2006.

– Pour les chefs de services, directeurs-adjoints et sous-directeurs d'administration centrale, parmi lesquels la part des femmes est bien plus favorable en 2009 (30,6 %) que pour l'ensemble de la fonction publique de l'Etat (21,4 %), la part des femmes en 2018 atteindrait environ 33 %, sous l'hypothèse favorable que la proportion de femmes nommées soit de 30 % dès 2012.

– Pour les directeurs d'administration centrale, où les femmes sont 24,1 % en 2009, on atteindrait le chiffre de 32 % en 2018. Encore faut-il souligner que ces deux estimations ont été faites avec des hypothèses optimistes, toutes choses égales par ailleurs, en particulier sur le nombre de nominations totales, alors que l'on sait qu'une restructuration des services est souvent préjudiciable aux femmes.

– Parmi les préfets, les femmes n'étaient que 10,5 % en 2009. L'application de la loi conduirait à une part de 20 % environ en 2018. En supposant que le taux de nomination de 40 % soit maintenu, il faudrait attendre encore 10-12 ans pour qu'il y ait 40 % de préfètes.

– Parmi les ambassadeurs, la part des femmes passerait de 15,6 % à 22 % en 2018. Là encore, il faudrait attendre presque 2030 pour atteindre les 40 %.

– Enfin, pour l'ensemble des emplois à la décision du gouvernement, la part des femmes, initialement de 16,7 %, atteindrait 25 % en 2018.

Ce sont des progrès mais qui restent en deçà de ce que l'on impose au privé (40 % en 2017).

Le [rapport de Françoise Guégot](#), remis au Président de la République en janvier 2011, et qui a servi de base aux discussions de la loi actuelle, préconisait pourtant des objectifs chiffrés sur la part des femmes dans les instances, pas seulement dans les nominations.

La seconde question concerne le champ d'application de la mesure : pourquoi faut-il une loi pour que la place des femmes dans les emplois à la décision du gouvernement soit augmentée ? Il aurait suffi d'une volonté politique. Pourquoi le Conseil des ministres, depuis de nombreuses années, n'a-t-il pas mis en œuvre une logique paritaire dans les nominations ?

La troisième question concerne les modalités de la contrainte. On a longtemps parlé d'objectifs chiffrés, sans contrainte. Mais on sait le sort des obligations sans sanction. Dans la loi de 2012, la sanction proposée est financière. Son montant est égal au nombre « d'unités manquantes », multiplié par un montant unitaire. Ce montant et les conditions d'application seraient définis par un décret à venir, en mars. Selon les déclarations du Ministre lors du [débat parlementaire](#), les sommes collectées ne seraient pas attribuées à un fonds dédié, mais « utilisées comme crédits destinés à mener des actions de sensibilisation à l'égalité professionnelle dans les fonctions publiques »...

Mais cette sanction est pour le moins curieuse. Quel sens a

une sanction financière pour la fonction publique ? Tout particulièrement, quelle pourrait être une sanction financière appliquée au gouvernement pour les nominations dont il a la charge ? [\[3\]](#) Pourquoi ne pas envisager la nullité des nominations qui ne respectent pas la loi, comme dans le secteur privé ? Un débat aurait été bienvenu sur ce point.

Le précédent ministre de la Fonction publique, Georges Tron, parlait de la nécessité d'« un électrochoc ayant un impact fort et violent, à l'inverse de mesures incantatoires » [\[4\]](#). Le ministre actuel, François Sauvadet, a qualifié les amendements sur les objectifs chiffrés de « petite révolution » lors du [débat parlementaire](#) du 8 février, de « grande révolution » à France Inter le 9 février. On en est loin...

Des jurys presque paritaires ?

Le principe de la représentation équilibrée a été appliqué aux jurys et comités de sélection depuis mai 2002 (décret adopté à la suite de la loi Génisson de mai 2001) dans la fonction publique d'Etat, la proportion du sexe sous-représenté devant être au minimum d'un tiers. Cette mesure fut efficace. La loi de 2012 étend le champ aux fonctions publiques territoriale et hospitalière, et accroît le pourcentage à 40 % en 2015. Il s'agit bien ici de la composition des jurys, pas seulement des nominations. C'est donc une bonne chose.

On peut cependant s'inquiéter de la formulation d'une clause d'exception pour certains corps et emplois. Il est évident que pour les pompiers ou les infirmières par exemple, la difficulté d'appliquer la règle de 40 % est grande. Mais il faudra veiller à ce que les dérogations ne s'accumulent pas ! Ainsi, en 2002, l'enseignement supérieur et la recherche obtinrent un statut dérogatoire provisoire, qui dure encore aujourd'hui...

Le retour du bilan chiffré

La nouvelle loi prévoit que le Gouvernement présente un

rapport sur les mesures mises en œuvre pour assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Il comportera « des données relatives au recrutement, à la féminisation des jurys, à la formation, au temps de travail, à la promotion professionnelle, aux conditions de travail, à la rémunération et à l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle ». Ainsi, est réaffirmé un principe déjà en vigueur, mais non respecté. La loi du 13 juillet 1983, complétée par celle du 9 mai 2001, avait établi que le Gouvernement réalise tous les deux ans un « rapport sur la situation comparée des conditions générales d'emploi et de formation des femmes et des hommes dans les fonctions publiques ». Le dixième rapport fut remis en 2006. Ce fut le dernier. Depuis, des éléments partiels furent intégrés dans le rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Ils sont de plus en plus limités. C'est tout particulièrement le cas du rapport 2010-2011, qui vient de paraître le 20 janvier dernier. Pourquoi un tel recul ?

Le secteur public s'est ainsi mis en retrait sur le secteur privé. En effet, les entreprises privées sont contraintes de publier tous les ans un « Rapport de situation comparée » (RSC).

La réaffirmation du principe de publication des résultats est une bonne chose. Il reste à définir son contenu, qui devrait faire l'objet d'un décret. La définition des indicateurs de suivi est primordiale. Ces dernières années, les changements méthodologiques, sans rétropolation des séries, ont fait reculer la connaissance des tendances. On l'a vu plus haut en ce qui concerne les emplois de direction (les nominations ne sont plus publiées, etc.). Les comparaisons de salaires (primes comprises) feront-elles partie du constat annuel ? Il reste aussi, et peut-être surtout, à le réaliser. La loi précédente a cessé d'être appliquée depuis 2006. Celle-ci le sera-t-elle ? Pourquoi faut-il toujours revoter des lois ?

La préconisation actuelle de nommer des référents-es égalité

dans chaque administration relève de la même logique : depuis décembre 2000, des coordonnateurs-trices doivent être nommés dans chaque administration, et des réunions d'échanges d'expérience furent un temps organisées, puis sont tombées dans l'oubli. Un éternel recommencement ?

Parité et égalité de traitement

Le sacro-saint principe d'égalité de traitement a beaucoup servi, dans le passé, à justifier que le fait de compenser les situations inégales par des mesures particulières était une rupture d'égalité, dans une conception étroite de l'universalisme républicain. C'est pourtant ce que préconisent les traités européens : le principe d'égalité de traitement n'empêche pas un Etat membre « *d'adopter des mesures prévoyant des avantages spécifiques destinés à faciliter l'exercice d'une activité professionnelle par le sexe sous-représenté ou à prévenir ou compenser des désavantages dans la carrière professionnelle* » (article 141 du traité d'Amsterdam). Ce n'est en effet pas l'évolution spontanée qui changera les choses.

Les politiques destinées à briser le plafond de verre concernent tout le processus de sa construction et d'accumulation des différences de parcours de carrières. Pour lever les obstacles à l'accès au pouvoir, c'est donc l'ensemble de la politique d'égalité professionnelle qui est en cause. Pour autant, il n'y a aucune raison de s'interdire d'agir sur les résultats, avant même que les causes qui les ont suscités ne soient résolues. En ce sens, la fixation d'objectifs chiffrés pour les instances de direction, assorties de contraintes, est bien un progrès. Et la [loi constitutionnelle du 23 juillet 2008](#), qui a étendu aux responsabilités professionnelles et sociales la possibilité pour la loi de favoriser l'égal accès des femmes et des hommes, auparavant limitée aux mandats électoraux et aux fonctions électives, fut aussi une avancée : la France a été longtemps réticente à reconnaître la légitimité d'actions

positives destinées à corriger les déséquilibres existants.

Pour autant, dans le débat parlementaire sur les fonctions publiques, la plus grande confusion a régné entre la nécessité d' « objectifs chiffrés », d'une « représentation équilibrée » et l'instauration de « quotas ». Les argumentaires sur la constitutionnalité et la faisabilité concrète, sur les principes et les valeurs, ont été mêlés.

Peut-on espérer que les mesures adoptées seront cette fois-ci mises en œuvre ? Que le gouvernement, dans ses nominations, montre tout de suite qu'il n'a pas besoin d'une loi pour nommer des femmes ? Et qu'il assure une proportion de femmes de 40 % dans les instances, pas seulement dans les nominations ? Il serait alors vraiment exemplaire.

Part des femmes dans les emplois de direction des trois fonctions publiques en 2009

	Effectif total	Part de femmes (en %)
Fonction publique de l'État (1)	1 091	21,4
Emplois à la décision du gouvernement	527	16,7
Directeurs d'administration centrale	145	24,1
Ambassadeurs	160	15,6
Préfets	191	10,5
Recteurs	31	25,8
Emplois relevant du décret de 1955 (adm. centrale)	451	30,6
Chefs de service	135	33,3
Directeurs-adjoints	7	28,6
Sous-directeurs	309	29,4
Autres emplois des administrations	113	7,1
Secrétaires généraux d'administration centrale	13	0,0
Trésoriers-payeurs généraux	100	8,0
Fonction publique territoriale (2)	1 614	18,0
Fonction publique hospitalière (3)	1 775	40,2
Directeurs d'hôpitaux	617	16,0
Chefs d'établissements sanitaire, social et médico-social	1 158	53,0
Total	4 480	27,6

(1) Emplois civils dans les missions au 31 décembre 2009.

(2) Emplois au 31 décembre 2007.

(3) Emplois au 31 décembre 2009.

Source : Rapport annuel sur l'état de la fonction publique 2010-2011, La Documentation française, janvier 2012.

[\[1\]](#) Assemblée nationale, Délégation aux droits des femmes, colloque du 28 janvier 2010.

[\[2\]](#) A l'exclusion des renouvellements dans un même emploi ou des nominations dans un même type d'emploi (par exemple un préfet qui passe d'une région à une autre). Seules les primo-nominations sont donc concernées.

[\[3\]](#) En 2009, 527 emplois de direction (directeurs

d'administration centrale, ambassadeurs, préfets, recteurs) étaient pourvus en Conseil des ministres.

[\[4\]](#) Colloque francilien sur l'égalité professionnelle dans les fonctions publiques du 17 mai 2011.

L'homme qui valait au mieux 35 milliards

par [Henri Sterdyniak](#)

Sarkozy a coûté 500 milliards à la France. Tel est le point central du livre : « Un quinquennat de 500 milliards d'euros » de Mélanie Delattre et Emmanuel Levy. Selon ces auteurs, l'accroissement de la dette de la France de 632 milliards d'euros entre fin 2006 et fin 2011 ne s'expliquerait que pour 109 milliards par la crise ; 523 milliards seraient le prix du quinquennat de Nicolas Sarkozy, dont 370 milliards viendraient d'une mauvaise gestion passée non corrigée et 153 milliards de décisions dispendieuses prises durant le quinquennat. Faut-il prendre ces chiffres au sérieux ?

Commençons par une comparaison internationale. De fin 2006 à fin 2011, la dette de la France a augmenté de 21,4 points de PIB ; celle de la zone euro de 21,5 points, celle du Royaume-Uni de 40,6 points, celle des Etats-Unis de 29,2 points. Il n'y a aucune spécificité française, aucun effet Sarkozy ; la dette de la France a augmenté comme la moyenne de celle de la zone euro, c'est-à-dire de 500 milliards d'euros qui représentent 20 points de PIB. Peut-on soutenir que sans Sarkozy la dette publique de la France aurait été stable en pourcentage du PIB alors qu'elle augmente sans lui partout ailleurs ?

En fait, selon le dernier [rapport économique du gouvernement](#), de fin 2006 à fin 2012, la dette publique française augmenterait de 620 milliards d'euros. Cette hausse peut être décomposée ainsi : 275 milliards proviennent des intérêts versés, 310 milliards proviennent de la crise économique, 30 milliards des politiques de relance mises en œuvre en 2009-2010, 60 milliards des politiques de baisse d'impôts; mais en sens inverse les politiques de restriction des dépenses publiques (baisse du nombre de fonctionnaires, non-revalorisation de leur salaire, gestion rigoureuse des prestations sociales, etc.) ont permis d'économiser 55 milliards. La responsabilité de Sarkozy est donc fortement réduite, au mieux de 35 milliards d'euros.

Le point délicat est la mesure de l'impact de la crise. Pour l'évaluer, il faut mesurer l'écart entre le PIB tel qu'il a évolué et le PIB tel qu'il aurait évolué sans la crise. Pour nous, sans la crise, le PIB aurait continué sa croissance à un taux de l'ordre de 2 % par an. Avec cette estimation, la perte de production due à la crise était en 2009 de 6,8 %, ce qui aurait provoqué une perte de recettes fiscales de 4,4 % du PIB. Les auteurs reprennent une [estimation de la Cour des comptes](#), qui elle-même, provient d'une évaluation de la Commission européenne : la perte de production due à la crise n'aurait été en 2009 que de 2,8 % et la perte de recettes fiscales n'aurait été que de 1,4 %. Selon ce calcul, la part du déficit causé par la crise est relativement faible. Mais celui-ci suppose que le PIB structurel a subi en 2007-2009 un recul de 4% par rapport à sa tendance. Pourquoi cela ? Comment ne serait-ce pas lié à la crise ? Selon le calcul de la Cour des comptes, ce recul du PIB structurel a provoqué une forte hausse de notre déficit structurel que les auteurs mettent sur le compte de Nicolas Sarkozy. Est-ce légitime ? Selon la logique de la Commission, ces 4 % sont perdus à jamais ; il faut s'y résigner et s'ajuster en baissant le déficit public. A notre avis, il vaut mieux les récupérer en menant des politiques expansionnistes.

En 2006, l'année précédant l'arrivée au pouvoir de Nicolas Sarkozy, le déficit public était de 2,3 %, entièrement structurel. Ce déficit était *normal* puisqu'il permettait la stabilité de la dette à 60 % du PIB et correspondait au montant des investissements publics. En 2012, le déficit devrait être de 4,5 % du PIB, mais le déficit conjoncturel est de 4,3 % du PIB, le déficit structurel n'est plus que de 0,2 % du PIB. Au total, de 2006 à 2012, Nicolas Sarkozy aura augmenté le taux des prélèvements obligatoires de 0,7 point (car les fortes hausses de 2011-12 font plus que compenser les baisses de début de période) et baissé la part des dépenses publiques dans le PIB potentiel de 1,2 point.

Surtout, durant toute cette période, la France était en crise, en déficit de demande. Une politique budgétaire expansionniste était nécessaire pour éviter l'effondrement économique. Peut-on reprocher à Nicolas Sarkozy les 30 milliards d'euros qu'a coûtés le plan de relance ? Peut-on lui reprocher de n'avoir pas fait une politique budgétaire restrictive pour « corriger la mauvaise gestion du passé » ? Non, ce que l'on peut mettre en cause, ce sont des baisses d'impôts peu utiles pour la croissance (droits de succession, bouclier fiscal, heures supplémentaires) et des baisses de certaines dépenses publiques (diminution des effectifs dans les écoles et les hôpitaux, par exemple), dépenses sans doute nécessaires.